



## 1. Einleitung

Lieber Teilnehmer\*in, liebe Eltern,

wir freuen uns schon auf eine schöne gemeinsame Zeit. Damit es losgehen kann, möchten wir dich und/oder deine Eltern bitten, euch eine viertel bis halbe Stunde Zeit zu nehmen und diesen Fragebogen so genau wie möglich auszufüllen. Das ist insofern wichtig, falls es dir mal nicht gut geht oder wir dir sonst irgendwie helfen müssen oder du einen Arzt brauchst. Dann finden wir alle wichtigen Informationen hier in diesem Fragebogen. Außerdem möchten wir auch wissen, ob du z.B. Vegetarier bist oder gegen bestimmte Sachen eine Allergie hast.

## 2. Datenschutzerklärung

Dieser Fragebogen wird vertraulich gehandhabt. Die Informationen und persönliche Daten dieses Fragebogens werden nur zur Durchführung der Freizeitmaßnahme verwendet. Zugang zu den Informationen hat ausschließlich das Betreuungsteam.

## 3. Einverständniserklärung

Ich erkläre hiermit, dass ich sämtliche Angaben vollständig und wahrheitsgemäß gemacht habe, sowie wir mit der Speicherung einverstanden sind. Für eventuelle Schäden, die aus unvollständigen oder falschen Angaben resultieren, kann der Veranstalter nicht haftbar gemacht werden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift Erziehungsberechtigter

## 4. Allgemeine Angaben:

### Teilnehmer\*in

Vorname: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Email-Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ (Tagsüber)

### Versicherungsnummer:

\_\_\_\_\_  
Krankenkasse + Versicherungsnummer:

### Hausarzt:

Name: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

**Im Notfall zu benachrichtigen:** (Bitte mindestens einen Erziehungsberechtigten/Betreuer/Angehörigen angeben)



## 5. Lebensmittel

Der/die Teilnehmer\*in darf folgende Lebens- und Genussmittel **nicht** zu sich nehmen:

Kaffee/Schwarztee

Zucker

Nüsse

Cola

Scharfe Gewürze

Zitrusfrüchte

Weiteres/Einschränkungen bitte ausführen:



Der Teilnehmer isst:  kein Fleisch

keine Eier

keine Milchprodukte

kein Schweinefleisch

Weitere Anmerkungen zur Ernährung:



## 6. Allergien

Der/die Teilnehmer\*in hat Allergien gegen folgende Stoffe:

- Nüsse                       Insektenstiche                       Latex                       Pollen  
 Zitrusfrüchte                       Tierhaare                       Lebensmittelfarben                       Antibiotika

Weitere Stoffe: (insbesondere Medikamente mit Allgemeinnamen)

 \_\_\_\_\_

Besondere Verhaltensweisen/Medikamente im Allergiefall:

 \_\_\_\_\_

Der Teilnehmer reagiert besonders empfindlich auf:

- Sonne                       starken Wind                       Kälte

## 7. Mobilität

Der/die Teilnehmer\*in ist folgendermaßen mobil:

- keinerlei Mobilitätseinschränkungen                       leichte Mobilitätseinschränkungen                       benötigt Gehhilfe  
 benötigt Rollstuhl auf längeren Strecken                       benötigt Rollstuhl dauernd                       benötigt Elektrorollstuhl

Der Teilnehmer bringt folgende Mobilitätshilfsmittel mit:

 \_\_\_\_\_

Der/die Teilnehmer\*in kann folgende Strecken/Hindernisse bei optimalen Wegverhältnissen alleine bewältigen: (Bitte Ankreuzen)

	zu Fuß	mit Hilfsmittel	im Rollstuhl
Weite Strecken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mittlere Strecken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kurze Strecken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bergauf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bergab	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treppen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Der Teilnehmer kann sich in einer Stadt oder im Gelände eher

- sehr gut orientieren                       orientieren                       schlecht orientieren

## 8. Medikamente/Dosierung

### Medikamenteneinnahme

Der/die Teilnehmer\*in

- nimmt Medikamente selbständig                       muss an Einnahme erinnert werden                       Medikament muss verabreicht werden

Der Teilnehmer muss regelmäßig folgende Medikament (Notfallmedikamente siehe unten) nehmen:

Name des Medikaments	Art der Verabreichung	Dosis Morgens	Dosis Mittags	Sonstiges

## 9. Behinderungen/Einschränkungen des Teilnehmers und Hilfeleistungen

Der/die Teilnehmer\*in ist  körperlich behindert  geistig behindert

Der/die Teilnehmer\*in besitzt einen Behindertenausweis  Nein  Ja: \_\_\_\_\_%  mit Kennzeichen: \_\_\_\_\_

Der/die Teilnehmer\*in hat eine Pflegestufe  Nein  Stufe 1  Stufe 2  Stufe 3

Bitte nennen Sie möglichst genau Art und Name, sowie Schwere der Behinderung. Wenn der/die Teilnehmer\*in nicht als behindert eingestuft ist, geben sie bitte Auskunft über mögliche Einschränkungen:

 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Der Teilnehmer benötigt Hilfeleistungen bei folgenden Verrichtungen:

Anziehen/Ausziehen  Toilettengang  Essen

Sonstige Hilfestellungen:

 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Folgende Hilfsmittel werden zusätzlich benötigt:

 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

## 10. Krankheiten

Der/die Teilnehmer\*in leidet nicht an einer Krankheit die im Bundesseuchengesetz aufgeführt ist

Der/die Teilnehmer\*in hat chronische Erkrankungen:

 \_\_\_\_\_

Der/die Teilnehmer\*in hat eine ansteckende Krankheit, die unter bestimmten Umständen übertragen werden kann:

 \_\_\_\_\_

Der/die Teilnehmer\*in hat epileptische Anfälle.  Der Teilnehmer kann epileptische Anfälle bekommen

Notfallmedikamente vorhanden:

 \_\_\_\_\_

Gibt es Vorsymptome für Anfälle:

 \_\_\_\_\_

Folgende weitere Krankheiten und/oder Notfallmedikamente:

 \_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_

Hat der/die Teilnehmer\*in bestimmte psychische Auffälligkeiten? (aggressives oder depressives Verhalten, Bettnässen, Weglaufen, Desorientiertheit):

 \_\_\_\_\_

Müssen wir etwas beim Umgang mit dem Teilnehmer besonders beachten?

 \_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_

## 11. Dokumente

Folgende Dokumente sollen verwahrt werden: z.B. Krankenkassenkarte

\_\_\_\_\_

## 12. Sonstiges

Besteht für den Teilnehmer eine private Haftpflichtversicherung?  Ja  Nein

Ich habe Interesse an einem persönlichen Gespräch, bitte vereinbaren sie telefonisch einen Termin

Weiteres: (Wenn nicht ausreichend Platz vorhanden, bitte weiter auf extra Blatt)

Vielen Dank, dass ihr euch die Zeit genommen habt unsere Fragen zu beantworten!

